

# 健康診断受診者名簿(No. \_\_\_\_\_)

## 事業者名 \_\_\_\_\_

※注1 健康診断を受診した広島県内の会員事業所に所属する**運転従事者のみ記載**して下さい。  
(事務員、作業員等は助成対象外です。)

※注2 社会保険へ加入者は「社会保険」欄に○を記入してください。(未加入の方は助成対象外)

※注3 特定(深夜)業務従事者は、「2回目」の欄に受診した日付と受診医療機関を記入してください。

No	運転従事者氏名	社会 保険	1回目		2回目	
			受診日	受診医療機関	受診日	受診医療機関
例	広島 一郎	○	5/10	●▲総合病院	12/12	▲■健診センター
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						